

Alfredo Zenoni

## Orientacja analityczna w instytucji psychiatrycznej

Dziękuję państwu za zaproszenie mnie tutaj do wspólnej pracy nad problematyką kliniczną i praktyczną, która w polu freudowskim od kilku lat stała się mniej marginalną, niż dziesięć czy dwadzieścia lat temu. W międzyczasie, bez wątplenia, pewna idea analityka samotnego, odsuniętego, specjalisty od dezidentyfikacji, który nie ma żadnego ideału i który nie wierzy w nic, ustąpiła miejsca innej idei – którą Eric Laurent przywołał podczas pewnej konferencji – idei analityka obywatela.

Analitycy zaczęli rozumieć, bądź powinni zacząć rozumieć, że ich zadaniem jest nie tylko, by słuchali zamknięci w swej rezerwie, ale by umieli przekazywać to, co jeśli chodzi o kondycję ludzką, z wyjątkowości podmiotu, przypadek po przypadku, może być przydatne dla wielu, by sparafrazować to, co mówi Lacan *a propos* wychodzenia z dyskursu kapitalistycznego: „co nie będzie stanowić postępu, jeśli będzie tylko dla niektórych”<sup>1</sup>.

Był taki okres kiedy myślano, że analityk powinien zaistnieć przede wszystkim na polu kultury. Uważamy, że powinniśmy interweniować również w bardziej określonych miejscach naszego społeczeństwa, w szczególności w sieciach pomocy, w praktyce instytucjonalnej i społecznej, w polityce zdrowia psychicznego, tak aby szacunek dla „praw człowieka” nie był oderwany od wymiaru podmiotu w klinice, w momencie kiedy dyskurs nauki jest w trakcie pożerania całej praktyki psychiatrycznej.

Źródło: Alfredo Zenoni, *Orientation analytique dans l'institution psychiatrique*, „Mental”, 10, 2002 (przyp. red.).

<sup>1</sup> Jacques Lacan, *Télévision*, Paris, Éditions du Seuil, 1975, s. 50.

## Antynomia psychoanaliza i instytucja

Tym, co mogło oddalić praktyków analizy od działań na polu zdrowia psychicznego, było między innymi formułowanie problemu w terminach antynomii (lub kompromisu) w stosunkach między dwiema praktykami, praktyką analizy i praktyką instytucjonalną.

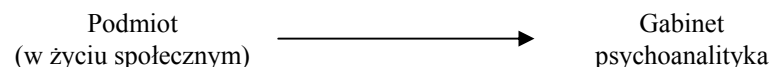
Można było w ten sposób przeciwstawić prawie co do słowa cele instytucji zdrowia psychicznego celom kuracji analitycznej, aby uwydatnić niezgodność i sprawić, by następnie wyniknęła z tego dla analityka konieczność zajęcia pozycji poza lub antyinstytucjonalnej (ewentualnie i paradoksalnie wewnątrz samej instytucji). Przypomnijmy kilka z terminów tej opozycji. Instytucja dąży do zmniejszenia ciężaru symptomu, podczas gdy analityk dąży do wyłonienia znaczących nieświadomych i ich popędowego przyczepienia. Instytucja chce dobra i zdrowia osoby, chroni i pomaga, podczas gdy analityk nie ma na celu żadnego dobra, lecz tylko wyłonienie się pragnienia, co nie wyklucza ani złego samopoczucia, ani lęku. Instytucja odpowiada na domaganie, podczas gdy analityk, przez swoje radykalne słuchanie, mierzy w sam korzeń tego domagania. Instytucja próbuje rekonstruować jedność podmiotu, podczas gdy analityk celuje w jego podział.

Praktyczny wniosek wynikający z tej konfrontacji może doprowadzić niektórych analityków do oscylowania między postawą odrzucenia lub krytyki instytucji, jako miejsca nieodpowiedniego do leczenia psychoanalitycznego, a postawą interwencji, ale pod warunkiem, że nie bierze udziału w działaniach instytucjonalnych. Postawienie problemu w ten sposób pociąga za sobą podwójną niedogodność: albo pozostawienie tegoż analityka w jego absolutnej zewnętrzności, albo też włączenie go w instytucję na problematycznych zasadach, ponieważ jego chęć odcięcia się od wszelkich kryteriów funkcjonowania instytucjonalnego wywołuje niechęć wobec psychoanalizy, co prowadzi do jej odrzucenia. W obu przypadkach skutkiem jest to, że psychoanaliza nie ma już żadnego wpływu ani na klinikę, ani na praktykę instytucjonalną.

Jeśli ta kwestia relacji między psychoanalizą i instytucjami rozbija się zbyt często o kontrowersję wokół możliwości stosowania kuracji analitycznej w instytucji, uważamy, że wiąże się to z faktem zbyt ścisłego identyfikowania dyskursu i etyki psychoanalizy z jej stosowaniem w terapii indywidualnej, w szczególności w przypadku

neurotyka, jak jest to widoczne we wzmiankowanych wyżej przeciwnościach. Jednakże ta identyfikacja ignoruje lub też nie wie, że instytucje i sieci pomocy nie tylko przyjmują inne grupy społeczne niż te, które zazwyczaj zwracają się do analityka, jak o tym mówił Freud w „Nowych drogach terapii analitycznej” w 1918 r., ale że są one przede wszystkim przeznaczone do przyjmowania, goszczenia i pomagania w pierwszej kolejności innym pozycjom podmiotowym niż nerwica i do odpowiadania na klinię, która jest raczej ukierunkowana przez przejście do czynu, przez *acting out*, fenomen psychosomatyczny lub epilepsję, niż przez symptom neurotyczny. Skądinąd ta identyfikacja niesie ze sobą niebezpieczeństwo zlekceważenia wpływu, jaki stwierdzenie niedomagania w kulturze wywarło na teorię popędów i praktykę analizy u samego Freuda.

Impas tego sformułowania wynika z bezpośredniego przełożenia schematu, który odzwierciedla zwracanie się analizanta w stronę analizy, na schemat instytucji, co z miejsca sprowadza definiowanie orientacji analitycznej danej instytucji do faktu przyjęcia na swoje łono gabinetu analityka.



Jednakże to, czego ten schemat, który przekształca praktykę opieki i pomocy w środowisko gabinetu analityka, nie uznaje, to sama racja istnienia instytucji. Krytykowanie instytucji opieki i pomocy, dlatego że ich ramy miałyby być niekorzystne dla dyskursu analitycznego lub tolerowanie tam pracy jedynie pod warunkiem, że służą one jako ramy dla gabinetu analitycznego, oznacza po prostu nieliczenie się z klinią, którą one przyjmują. Instytucja bowiem, zanim nawet zacznie dążyć do „leczenia” podmiotu, istnieje po to, by go przyjąć, udzielić mu schronienia, albo umożliwić oddalenie, by pomagać, opiekować się: nim przyjmie cel terapeutyczny, jest koniecznością społeczną. To konieczność odpowiedzi na pewne zjawiska kliniczne, takie jak niektóre psychozy, niektóre przejścia do czynu, niektóre stany fizycznego zniszczenia, które mogą doprowadzić podmiot do absolutnego wykluczenia społecznego lub do śmierci, uzasadnia utworzenie instytucji. Jest to „obowiązek ludzkości”<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Zgodnie ze sformulowaniem J.-A. Millera w liście do D. Beregovoy, „Nuncius”, biuletyn EEP.

Nie chodzi więc o porównywanie instytucji opieki z konsultacją psychoanalityczną, żeby powiedzieć, iż ta pierwsza może wypełnić funkcję drugiej, albo że jest zgodna z nią tylko, jeśli stanie się jej poczekalnią. Chodzi o rozpoznanie różnicy między dwoma możliwościami zastosowania psychoanalizy.

Klinika może umożliwić lub uzasadnić rozpoczęcie leczenia analitycznego, tym samym jest to warunek niezbędny, jeśli nie wystarczający<sup>3</sup>. Ale czasami klinika wymaga też odpowiedzi ze strony praktyki społecznej i instytucjonalnej. Jeszcze bardziej niż z powodu fenomenów urojeniowych, taka odpowiedź jest wymagana z powodu tego, co z *jouissance* wraca w ciele i w działaniu: przejście do samobójczego lub niebezpiecznego czynu, samookaleczenie, agresja; ale także tułanie się, zneruchomienie katatoniczne, stupor melancholiczny, utrata wszelkiego zainteresowania, brak jakichkolwiek planów, wyniszczające używanie narkotyków lub alkoholu. Otóż fakt, że taka odpowiedź wpisuje się w dyskurs mistrza nie znaczy, że nie może być ona wyjaśniona lub ukierunkowana przez analizę, ani też jej ukierunkowanie przez analizę, nie oznacza obecności seansu analitycznego. Seans taki wymaga bowiem określonych warunków, jak o tym przypominał niedawno Antonio Di Ciaccia, wywodzących się z matemu dyskursu analityka.

Ponieważ umieszczamy jako podstawę istnienia instytucji jej motywację kliniczną, możemy więc zaproponować trzecią drogę, inny sposób postawienia problemu, niż ten – odwiecznej debaty nad zgodnością psychoanalizy i instytucji. Skoro psychoterapia nie istnieje, a warunki seansu analitycznego nie są zebrane, możemy więc wybrać zastosowanie dyskursu analitycznego do praktyki instytucjonalnej, która jako taka jest praktyką zbiorową – nie wykluczając, tym samym, możliwości zastosowania go gdzie indziej do spotkań indywidualnych. Naszą opcją jest nie tyle włączenie psychoanalizy, do jakiegoś interdyscyplinarnego” zbioru praktyk, co opcja fundamentalnie jednej praktyki, nawet jeśli jest wykonywana przez wielu, ukierunkowanej przez psychoanalizę.

#### Psychoanaliza stosowana

instytucja      konsultacja

<sup>3</sup> Jacques Lacan, *Conférences et entretiens*, „Scilicet”, 6/7, 1976, s. 32-33.

Zatem kwestia już nie tkwi w tym, by wiedzieć, czy i w jakim wymiarze terapia analityczna może być praktykowana pośród innych praktyk, ale czy i w jakiej mierze psychoanaliza może być stosowana w praktyce instytucjonalnej; pytanie, które w mniejszym stopniu dotyczy interwencji jakiejś osoby „z tytułu psychoanalityka”, co polityki psychoanalizy i „powinności, która jej przypada w naszym świecie”.

### *Realne pewnej podzielonej kwestii klinicznej*

Z jednej strony przywołanie klinicznego uzasadnienia istnienia instytucji ma tę zaletę, że unika się nieuznania jej niezastąpionej funkcji społecznej i co za tym idzie, zapobiega się jej usunięciu – jak to miało miejsce na przykład we Włoszech. To nie fakt, że instytucja uzdrawia, przemawia za tym, iż ma ona zostać utrzymana, ani też to, że nie uzdrawia nie znaczy, iż ma być zniesiona. W pierwszym wypadku istnieje duże ryzyko uznania za naturalne faktu pozostawania w szpitalu „na czas nieokreślony”, w drugim zaś istnieje duże ryzyko narażenia pacjentów na trudności związane z powrotem do rodziny czy do środowiska naturalnego, co naraża ich na tułanie się i na ponowne przejścia do czynu. Utrzymanie tej funkcji społecznej jest właśnie tym, co pozwala wyznaczyć granicę pewnym zapędem terapeutycznym, które bez tego ograniczenia grożą przekształceniem instytucji w miejsce alienacji i nieograniczonych eksperymentów. Może nie wystarczająco zostało dostrzeżone to, że to z powodu tej niejasności między funkcją hotelową „hospitalizacji” (w sensie etymologicznym terminu) i jej celów terapeutycznych, instytucja mogła stać się obiektem krytyki i prób zniesienia.

Z drugiej strony, uznanie społecznej konieczności praktyki instytucjonalnej w odpowiedzi na pewne konsekwencje „wykluczenia popędu” ma tę korzyść, że przesuwając akcent w łonie ekipy leczącej z hierarchii kompetencji zakładanej przez dyplomy na realne pewnej podzielonej kwestii klinicznej.

Kiedy stan kliniczny psychozy może pozwolić na zawiązanie przeniesienia na osobie analityka, nie jest niezbędne ani nawet pożądane, żeby podmiot był umieszczony w instytucji lub włączony w sieć pomocy. Leczenie psychozy nie wymaga automatycznie odpowiedzi zbiorowej, jak tego dowodzą coraz liczniejsze świadectwa kuracji podmiotów psychotycznych u analityków. Tym bardziej, że podmiot dąży do stwo-

rzenia wokół siebie sieci interweniujących (analityk, psychiatra, lekarz ogólny, asystent socjalny), równoważnej z niewidzialną instytucją.

Ale kiedy takie zawiązanie nie jest wykonalne, klinika wymaga również odpowiedzi, która nie może przychodzić ani od pojedynczego praktyka, ani w określonym momencie dnia. Pobudzenie, obelga, atak „epilepsjopodobny”, kłótnia, interpretacja prześladowcza jakiegoś gestu, nie czekają z pojawieniem się do spotkania nazajutrz. A pewien sposób adresowania się do podmiotu, pewien sposób interweniowania lub nie interweniowania, określania pozycji, którą wypadałoby zająć, mogą być wymagane od wszystkich praktykujących w momentach, które nie zbiegają się z praktyką lub momentem konsultacji. Krótko mówiąc, klinika wymaga czasami odpowiedzi typu „szpital”. Cała rzecz w tym, by wiedzieć, czy psychoanaliza może rozjaśnić, prowadzić, ukierunkowywać praktykę szpitalną jako taką; czy psychoanaliza może pozwolić na wykonywanie działania medycznego i działania pomocy, opieki, zakwaterowania tak, by zrobić miejsce klinice podmiotu, odwołując się do różnych modalności powrotu popędu w realnym, w kontekście życia instytucjonalnego. Nie chodzi już o to, by wiedzieć, czy i jak psychoanaliza może mieć „miejsce pośród innych praktyk pola medyczno-społecznego”, ale czy te inne praktyki mogą być wykonywane w ich założeniach klinicznych i w ich społecznej funkcji uwzględniając hipotezy psychoanalizy. Chodzi o to, by wiedzieć, czy dyskursy, które toczą się w instytucji wpisanej w pole medyczno-społeczne, mogą być ukierunkowane przez pytania psychoanalizy, pytania jakie psychoza stawia psychoanalizie, nie zaś o to, by wiedzieć, czy praktyka psychoanalityka może wpisywać się między te praktyki. Każdy praktyk może mieć swój własny styl, swój sposób bycia obecnym jako „roztargniony” lub uważny, swój humor lub swoją powagę; każdy praktyk może mieć swoje specyficzne odpowiedzialności, ale każdy musi przyczyniać się do uobecniania figury Innego, która pozwoliłaby podmiotowi mieć tam miejsce bez groźby przejścia do czynu. Okazuje się od razu, że to uobecnienie kojącej figury Innego, tworzenie pewnej „atmosfery” wspólnego życia, która sprawia, że pobyt staje się bardziej znośny dla wszystkich, nie jest udziałem ani obowiązkiem pojedynczego praktyka, lecz może pochodzić jedynie z podzielanej wspólnie przez wszystkich praktyków orientacji pracy, ponad kompetencjami każdego z nich. To natura kliniki wymaga tutaj odpowiedzi od „wielu”, wymaga sformowania zespołu.

Tak więc, odniesienie przyjęte w realnym, które uzasadnia istnienie instytucji, przekształca kwestię związku „psychoanaliza a instytucja” (która jest ostatecznie uzasadniona przez troskę identyfikacyjną praktyk) w dwa typy bardziej konkretnych kwestii: możliwego zastosowania psychoanalizy do innej praktyki – z jednej strony, kwestię związku między psychozą a psychoanalizą – z drugiej.

### *Stosowanie psychozy do psychoanalizy*

Tam gdzie początek tego nauczania może prowadzić do pojmowania psychozy w terminach, można by powiedzieć, deficytu nerwicy i prowadzić do stosowania wobec psychozy psychoanalizy opracowanej na podstawie kliniki nerwic wraz ze wszystkimi zastrzeżeniami lub wątpliwościami, jakie mogło to wywołać od czasów Freuda, tak późniejszy okres nauczania sytuuje nas w podejściu nieco odwróconym. Tutaj chodzi raczej o stosowanie psychozy do psychoanalizy i o narzucanie jej zmian konceptualnych, modyfikacji teoretycznych i klinicznych konsekwencji. Ukierunkowanie naszej obecności w instytucji, w stosunku do orientacji początkowej, być może jeszcze zbytnio pod wpływem zastosowania koncepcji odpowiednich dla leczenia nerwic, ulega modyfikacji. Możliwe staje się przejście od podejścia terapeutycznego, które polega na wprowadzeniu do aparatu instytucjonalnego praktyki psychoanalizy, takiej jaką praktykuje się w kuracji neurotyków – albo żeby ją praktykować samodzielnie, albo aby nazaczyć nią kategorie samego aparatu instytucjonalnego – do podejścia, które jest bardziej „dydaktyczne” dla wszystkich, jeśli mogą tak powiedzieć. To zatem psychoza uczy, uczy o strukturze i uczy odnośnie rozwiązań, różnorodności rozwiązań, które można wynaleźć wobec problemu niespójności tejże struktury.

Wynika z tego, że pole naszej pozycji w praktyce instytucjonalnej jest wyznaczone przez dwa wektory: z jednej strony konfrontacja z tym, co realne kliniki zachowuje jako absolutnie nie do wyleczenia, konfrontacja z niemożliwym, które wystawia na trud to, co Lacan nazywa w swoim Seminarium o etyce „sielanką psychoanalizy”<sup>4</sup>, z drugiej strony lekcja, którą możemy wyciągnąć z logiki „rozwiązań” lub z inwencji psychozy.

Ta pozycja uczniów kliniki, w której nas ustawiają psychoza i jej nowe miejsce w nauczaniu Lacana, pociąga za sobą podwójną modyfikację: na polu wiedzy i na polu władzy. W obliczu wszystkiego co jest do przebadania, nauczania lub do przeformułowania, ustalona wiedza, tytuły i dyplomy, co do których zakłada się, że ustanowią specjalizację terapeutyczną każdego, okazują się bardzo względne. Chodzi tu nie tyle o gotową wiedzę, co o wiedzę do wypracowania. Otóż, pozycja poszukiwania, dociekania, stawiania pytań ma przede wszystkim tę olbrzymią zaletę, że przyczynia się do rozwiania wymaginowanych efektów, jakie niesie ze sobą każda hierarchizacja wykształcenia, na korzyść stworzenia wspólnoty pracy wśród praktyków działających w tym samym polu. Zajęcie w gronie praktyków niezhierarchizowanej pozycji *a priori*, jeśli chodzi o wiedzę, odzwierciedla się w podziale tej samej odpowiedzialności: odpowiedzialności za wymyślenie odpowiedzi i rodzaj towarzyszenia, które trzeba zapewnić w „pracy psychozy”, które zawsze grozi spotkaniem z granicą przejścia do czynu lub do przeniesienia erotyczno-agresywnego. Libido zespołu angażuje się wtedy we wspólne wypracowanie i dyskusję hipotez odnośnie tego, co przyniosło pewien efekt i co do wynikających z tego strategii.

W ten sposób, to opróżnienie z uprzedniej wiedzy potęguje rozproszenie, że tak powiem naturalne „zakładanego podmiotu wiedzy”, jakie niesie fakt obecności wielu. Umieszcza nas to w pozycji, która jest bardziej pozycją „zakładanego podmiotu niewiedzy”, pozycją znowu nie aż tak niesprzyjającą spotkaniu podmiotu, który wie, co się w nim dzieje lub który jest znaczeniem tego, co dzieje się w miejscu Innego. Nie zapominajmy, że o ile znaczenie „zakładanego podmiotu wiedzy” może mieć moc uspokojenia dla podmiotu neurotycznego, to w psychozie zawiesza wiedzę na samym istnieniu podmiotu. Wiedza nie jest już więc tylko „zakładana”, ona jest w pewnym sensie realizowana przez sam podmiot, jako jego odnoszenie się do *jouissance*.

Pewien młody człowiek jest prawdziwym pasjonatem Pink Floyd, co prawdopodobnie przejął od swojego ojca. Nagrywa ich albumy, naśladuje gesty perkusisty, itd., ale rozwija też wokół tego całą interpretację urojeniową i wszechogarniające pobudzenie. Czy trzeba zachęcać go w tym kierunku, stwarzając częściej okazje do słuchania tej muzyki, uczestniczenia w koncertach itd., czy też raczej towarzyszyć mu w innym kierunku. Kiedy stawia się mu pytanie: „czy zamierzasz się później zajmować muzyką, na przykład zawodowo?”, on odpowiada: „muszę się zająć sprawą autobusu”. Dowiadujemy się w rzeczy

<sup>4</sup> Jacques Lacan, *Le Séminaire VII, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Éditions du Seuil, 1986, s. 226.

samej, że zna on całą kartografię regionu, odległości w kilometrach, drogi, itd. On jest tym, który organizuje trasy wycieczek<sup>5</sup>. Czyż nie lepiej raczej zachęcać do tego bardziej dosłownego, mniej semantycznego związku ze znaczącym, w przeciwieństwie do wymiaru sensu urojenowego? Oto typ problemu, który może ożywić wspólną pracę zespołu, której ukierunkowanie będzie zróżnicowane w zależności od tego, czy środek ciężkości wiedzy będzie umieszczony po stronie podmiotu czy po stronie opiekujących się.

Następnie, modyfikacja stosunku do wiedzy, która w ten sposób dokonuje się wśród praktyków, będzie miała reperkusje w innym wymiarze praktyki instytucjonalnej ściśle zależnej od odniesienia klinicznego, które ją ukierunkowuje. Mimo że rzadko przywoływana w świadectwach i sprawozdaniach, ta modyfikacja ma jednak nie mniejszy wpływ na efekty uspokojenia i stabilizacji, które mogą powstawać dla podmiotu w kontekście wspólnego życia i współmieszkania, co, jak można się domyślać, nie jest wolne od napięć i trudności.

Jaka by nie była różnorodność struktur instytucjonalnych, za każdym razem mamy do czynienia z tą samą trudnością, trudnością pogodzenia wymagań danego, szczególnego rozwiązania, które każdy podmiot wprowadza, aby leczyć inwazyjny powrót popędu w realnym, z wymaganiami rozwiązań każdego z pozostałych. Jak interweniować, jaką pozycję lub jaką decyzję podjąć? Oto cały wymiar możliwości, który jest tu w grze.

### „Powiedzieć nie” *jouissance* Innego

W przypadku pewnej młodej dziewczyny, która nie przestaje chodzić do kuchni instytucji, by tam pochłaniać wszystko to, co może nadawać się do zjedzenia, do tego stopnia, że zwija się w kłębek i wyje pod drzwiami kuchni, kiedy te są zamknięte, zespół praktyków może zdecydować pozwoić jej, za każdym razem, kiedy o to poprosi, wziąć konfitury, ale „po troszeczkę”. To pozwoi jej krążyć po instytucji, oczywiście ze szklanką opróżnioną zaraz po napełnieniu, ale pozwoi jej też zainteresować się tam czymś innym niż opychanie się.

Kwestia jest bardziej złożona i debata dotycząca pozycji, jaką należałoby zająć będzie bardziej ożywiona w przypadku nienasyconej

bulimii pewnego młodego człowieka. Popycha go ona do opróżniania za jednym razem wszystkich butelek z mlekiem lub słoików z keczupem będących do dyspozycji wszystkich rezydentów, a nawet do przywłaszczenia sobie pieniędzy przeznaczonych na niedzielne śniadanie, aby kupić sobie własne łakocie. Możliwość manewru jest tutaj węższa, gdyż nie chodzi wyłącznie o *jouissance*, która zalewa podmiot, ale o *jouissance*, której może być on sam uobecnieniem dla innych podmiotów. Tym samym, obelgi, wycie, pijaństwo, ale także gorliwość i deklaracja miłości niektórych, mogą być zagrażające lub prześladowcze dla innych. W chwili, gdy robimy miejsce szczególności jakiegoś cierpienia lub jakiejś konstrukcji, troszczymy się także o warunki instytucjonalne, które mogą zapewnić to miejsce lub przynajmniej sprawić, żeby to było znośne dla innych.

Współmieszkanie w grupie, które jest innym obliczem praktyki instytucjonalnej, nie obywa się bez postawienia pytań dotyczących choćby minimalnego uregulowania, poza powszechnym odwołaniem się do farmakologii i do środków przymusu fizycznego, które musi jednocześnie umożliwiać życie we wspólnocie, jak i efekty uspokajające i stabilizujące dla każdego rezydenta.

Kwestia tego uregulowania jest często mylna w ograniczający sposób z „ramami” regulaminu, które każdy korzystający ze służby medycznej lub z miejsca zakwaterowania powinien respektować, tak jakby te ramy nie miały wpływu wewnętrznego na działanie kliniczne lub terapeutyczne, które tam się odbywa. Stąd też ryzyko rozłamu między tymi, którzy zajmują się „ramami”, pełniąc misję dozorczy i pilnującego dyscypliny, których praktykę można określić zatem jako czysto edukacyjną i niewrażliwą na głos podmiotu, a tymi, którzy zajmują się, nazwijmy to, „słuchaniem”. Kwestia tej regulacji ma zatem bezpośredni wpływ nie tylko na podstawowe warunki działania klinicznego i terapeutycznego, jako że podmiot pozostaje w instytucji, a nie odchodzi sterroryzowany przez to, co się tam dzieje, ale także na samą możliwość, że spotyka tam Innego, który byłby „uregulowany”, oddzielony od *jouissance*.

To dlatego jedną z trosk naszej praktyki zespołowej będzie nakierowanie na to, czego sama psychoza nas uczy, jeśli chodzi o możliwość obycia się bez znaczącego ojcowskiego w celu uregulowania lub zlokalizowania tej *jouissance*.

„Powiedzieć nie” *jouissance* Innego nie implikuje ani zniesienia wszystkich reguł, czy wszelkich zakazów, ani, przeciwnie, wcielenia

<sup>5</sup> Sytuacja przywołana podczas seminarium z Danielle De Vroede przez Jean-Claude Ducos, [w:] „Demi-lune” (Bordeaux).

prawa lub funkcji ojcowskiej. Zakłada to raczej uobecnienie Innego, który sam byłby „uregulowany”; wypowiedzenie lub przypomnienie reguły, która rządzi samym Innym, czy byłaby to cała ekipa, czy też jeden jej członek, wymyślenie „reguły”, która pozwoliłaby wziąć pod uwagę wyjątek. Sam Dimitrij podpowiada nam sposób, jak to uczynić. Odpowiadając na oskarżenie, które wnoszą przeciwko niemu inni rezydenci z powodu spacerowania nago po piętrze kobiet, mówi, że „to pielęgniarki chcą oglądać go nagiego”. „Nikt tutaj nie ma prawa zmuszać ciebie do chodzenia nago, możesz nawet nosić kalesony i to jest ładniej” – tak mu powiedziano podczas spotkania społeczności, gdzie jego przypadek był burzliwie omawiany. Jest to analogiczne do sposobu, w jaki koledzy pracujący z dziećmi psychotycznymi mogą przy takiej sposobności zwracać się do Innego, który przeskądza podmiotowi, nie pozwala lub zmusza go do robienia różnych rzeczy, by go zganić czy też wyłajać.

Manewr ten jest bez wątpienia bardziej delikatny lub ryzykowny, kiedy Inny zagrażający podmiotowi nie jest opiekunem, ale innym pacjentem lub innymi pacjentami. Regulowanie życia we wspólnocie, które dotyczy tutaj mniej zabawnych form przejścia do czynu niż nagość lub ekshibicjonizm, czyli takich jak agresja, kradzież, obelga, tłuczenie przedmiotów, nie wykluczając alkoholu i narkotyków, nawet w tym przypadku nie ma na celu zdyscyplinowania podmiotu, ale raczej odesłanie go do powiedzenia, które mówi „nie” *jouissance*, a nie do reguły, która wyraża wolę Innego.

Wynika z tego określony sposób wypowiedzenia (lub przypomnienia) zakazu, który czerpie możliwie najbardziej z dróg tego, co w znaczącym jest raczej z porządku formalnego i literalnego – pewna stanowczość tonu, odwołanie się do słowa pisanego, odsyłanie do instancji zbiorowej, itd. – niż z porządku intersubiektywnego lub semantycznego. Nie jest to próba siły, ultimatum lub odwołanie się do drugiej osoby, ani rozumowanie lub perswazja, lecz raczej nacisk na procedurę lub suche sformułowanie w terminach prawniczych, które dotyczą zarówno zespołu opiekunów jak i rezydentów, na przykład: „niedopuszczalne jest, by życie we wspólnocie pozwalało na obelżywy język zarówno członkom ekipy jak i rezydentom”.

Po to, by odpowiedź kierowała się w stronę uobecnienia innego wymiaru Innego, niż wymiaru jego woli, czyli wymiaru ideału lub „porządku świata”, polityka ekipy powinna tutaj strzec się podwójnej pułapki. Jedną z nich jest stosowanie „reguły dla samej reguły”, której

charakter absolutny<sup>6</sup> grozi ponownym wprowadzeniem pewnej formy surowości Innego, który nie pozostawia żadnego miejsca szczególności podmiotowej obrony. Drugą jest reguła „terapeutyczna”, czyli reguła bez zastosowania, reguła, która jest utrzymywana tylko w zależności od „stanu zdrowia” podmiotu, ponieważ ona również niesie ryzyko stania się jednoznaczna z inną formą kaprysu Innego, która z pewnością może wzniecić niepokój: „dlaczego nic mi nie powiedziano? dlaczego robi się dla mnie wyjątek?” – mógłby nas zapytać podmiot.

W tym punkcie, wskazówka, którą możemy wynieść ze spostrzeżenia sformułowanego przez Lacana w okresie, kiedy pisał swoją pracę doktorską, nie traci na wartości<sup>7</sup>. Przeniesiona do naszego kontekstu i ujęta w terminach „późniejszego Lacana” mówi, że leczenie *jouissance* superego, dalekie od bycia niespójnym z odpowiedzialnością podmiotu, nie konstytuuje, przeciwnie, nic innego jak tylko jego drugą stronę<sup>8</sup>. Powiedzenie nie *jouissance*, która przenika podmiot, może polegać na zatrzymaniu gestu osoby. Najważniejsze także tutaj jest to, aby zbiorowość praktyków nie była rozdarta między obrońcami „szczególnego” a obrońcami „uniwersalnego”, między rzecznikami podmiotu i rzecznikami instytucji, lecz żeby była miejscem takiego ukierunkowania pracy, które kładzie nacisk na wymagania, na pierwszy rzut oka przeciwstawne, wychodząc od realnego kliniki.

Być może stwierdzenie, że tych kilka wskazówek dotyczy raczej teorii instytucji lub teorii zespołu opiekunów niż teorii leczenia psychozy. Moim celem nie było tutaj podejmowanie kwestii samego leczenia psychozy, ale kwestii przyjmowania różnorodności podmiotów psychotycznych w instytucjonalnych ramach.

Ukierunkowanie praktyki instytucjonalnej według zasady wspólnoty pracy utworzonej w klinice, poprzez stworzenie pustki, którą ta praktyka zakłada na poziomie wiedzy i chcieć, wydaje się realizować warunek korzystny do towarzyszenia przyjmowanym podmiotom. Warunek, który nie pozostaje bez wpływu na leczenie psychozy.

<sup>6</sup> Por. Eric Laurent, *Editiorial*, „Mental”, 2, 1996, s. 7.

<sup>7</sup> „W obecnym stanie praw represja penitencjarna stosowana z przywilejem maksymalnego złagodzenia wydaje się nam mieć wartość terapeutyczną równą profilaktyce schroniskowej zapewniając w lepszy sposób i prawa jednostki i odpowiedzialność społeczeństwa”. Jacques Lacan, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalite*, Paris, Éditions du Seuil, 1975, s. 276.

<sup>8</sup> Alfredo Zenoni, *Volonté de jouissance et reponsabilité du sujet*, „Quarto”, 73.

Wpisanie się w tę praktykę „wielu” może być dla analityka bardziej efektywną okazją do przekazania działania freudowskiego w klinice i momentem bardziej korzystnym w jego własnym kształceniu, niż spędzanie czasu na upominaniu się o miejsce dla swojej „specjalności”.

Przedruk z wystąpienia  
w Instituto Raul Soares, Belo Horizonte,  
październik 1998.

Przekład:

*Barbara Kowalów*

*Patrycja Ostaszewska*

*Dorota Parnowska*